

2. Инфекции, передаваемые половым путем, могут приводить таким осложнениям течения беременности, как гестозы, могут являться причиной прерывания беременности, преждевременными родами, мертворождениями.

3. Своевременное выявление, проведенное в полном объеме лечение у беременных сифилитической инфекции, позволяет избежать негативных последствий, таких как врожденный сифилис.

Литература:

1. Адашкевич, В. П. Актуальные вопросы венерологии : рук. / В.П. Адашкевич. – Витебск : ВГМУ, 2000. – 115 с.

УДК 615.5-002.446-002.54-08

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ С АДСОРБИРУЮЩИМИ И РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

Спиридонов В.Е., Саларев В.В., А.М. Майстрёнок, Ю.А. Ловчиновская

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»

Введение. В практике дерматолога нередко приходится сталкиваться с эрозивно-язвенными поражениями кожи. Это большая группа заболеваний, возникающих вследствие образования первичных пузырей, травмы, инфекции или нарушения кровообращения и других причин в сочетании с сопутствующей патологией [2].

Самыми тяжелыми и нередко угрожающими жизни пациента, являются пузырьные дерматозы, такие как вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, герпетиформный дерматит, при которых на коже и слизистых оболочках образуются пузыри, при вскрытии которых формируются множественные эрозии и язвы, которые занимают большую поверхность кожного покрова с возможным присоединением вторичной инфекции и развития септического состояния.

Часто эти поражения сопровождаются системными нарушениями гемодинамики, трофологического статуса и метаболического ответа организма, венозного оттока, нарушениями со стороны системы иммунитета, эндокринной патологией, что требует индивидуального подхода в лечении.

Цель исследования. Оценить возможность использования раневых покрытий с адсорбирующими и ранозаживляющими свойствами в местном лечении эрозивно-язвенных поражений кожи.

Материал и методы. Проведено срезное исследование использования раневых покрытий у пациентов с буллезными дерматозами (n=15), гангренозной пиодермией (n=12), язвенно-некротическим васкулитом (n=26), госпитализированных в кожном отделении УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» за период 2015-2018 гг. Средний возраст пациентов – 51 год, длительность заболевания – 1,2 года.

Результаты и обсуждение. Лечение пациентов с данной патологией осуществлялось на основании действующих клинических протоколов МЗ РБ и включает в себя следующие виды:

<p>1. Общая терапия.</p> <p>(системные глюкокортикоиды, антибиотики, препараты улучшающие микроциркуляцию и кровообращение, витаминотерапия)</p>	<p>2. Местная терапия</p> <p>(гормональные мази, мази с антибиотиками, влажно-высыхающие повязки с раствором хлоргексидина биглюконата, мирамистина, 3% раствора борной кислоты, водные растворы)</p>
<p>3. Физиотерапевтические методы</p> <ul style="list-style-type: none"> -ультрафонофорез - светотерапия - УФО общее 	
<p>4. Дополнительные методы</p> <ul style="list-style-type: none"> - экстракорпоральные методы детоксикации и коррекции (плазмоферез) 	

При выборе тактики лечения, стоит отметить, что объем терапии и применения дополнительных методов лечения определялся общим состоянием пациента, результатами общеклинических, биохимических, иммунологических исследований, а также наличием и видом сопутствующей патологии.

При проведении местного лечения стандартным способом, сталкиваемся с проблемами эпителизации при смене повязок, локализации эрозивных и язвенных поражений, покрытием всей площади поражений, что и послужило причиной применения новых, современных, отличных от стандартных перевязочных материалов и средств [1].

Современные раневые покрытия нами применялись ранее в случаях лечения трофических язв нижних конечностей в сочетании с ХВН II-III, пиодермии, в том числе гангренозной, пролежнях. Полученные результаты свидетельствовали об эффективности данных средств в силу их достаточного уровня адсорбции, мазевая поверхность снижала отечность, исключалась возможность травматизации эрозии при смене повязки, сетчатая структура улучшала дренажную функцию и аэрацию подлежащих тканей, что существенно снижало частоту возникающего вторичного инфицирования, что и послужило расширению спектра применения раневых покрытий при эрозивно-язвенных поражениях кожи.



Рис.1



Рис. 2.

Вывод. Наш опыт свидетельствует о возможности применения стерильных раневых покрытий с адсорбирующими и ранозаживляющими свойствами в местном лечении всех видов эрозивно-язвенных поражений кожи в том числе и при буллезных дерматозах.

Литература:

1. Роль современных перевязочных материалов в комплексной терапии пациентов с врожденным буллезным эпидермолизом [Электронный ресурс] / Н.Н. Потекаев [и др.] // Клини. дерматология и венерология. – 2018. – Т. 17, № 3. – С. 85–91. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/klinderma201817385>. – Дата доступа: 21.11.2018.

2. Мордовцев, В.Н. Эрозивно-язвенные поражения кожи [Электронный ресурс] / В.Н. Мордовцев, В.В. Мордовцева, Л.В. Алчангян / Центр. науч.-исслед. кож.-венерол. ин-т Минздрава РФ. – Режим доступа: <http://www.nedug.ru/lib/lit/derm/01oct/derm24/derm.htm>. – Дата доступа: 26.11.2018.

УДК 616.511-07

ДИАГНОСТИКА ЭРИТРОДЕРМИЙ КОЖИ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД И ПЕРСПЕКТИВЫ

Спиридонов В.Е., Саларев В.В., Ловчиновская Ю.А., Майстрёнок А.М.

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»

Введение. Эритродермия – генерализованно-диффузное воспаление кожных покровов, сопровождающееся гиперемией и отеком дермы, высыпаниями в виде папул, булл и пустул, эрозий с образованием корок и шелушения, с тенденцией к слиянию и периферическому росту. Диагностика эритродермий основана на клинической картине, данных лабораторных исследований, биопсии.

Ошибки в диагностике ведут к отсрочке начала лечения и способствуют распространению процесса и ухудшению общего состояния больного. Весьма существенное значение для назначения адекватного лечения и прогноза жизни пациента имеет дифференцированная диагностика эритродермий кожи в целом и псориатической эритродермии в частности.

Цель исследования. Проанализировать состояние и адекватность диагностических приёмов у пациентов с вторичной эритродермией кожи, а также возможность их индивидуализации при оказании медицинской помощи.

Материал и методы. Проведено ретроспективное изучение анамнеза, особенностей дебюта, течения, динамики клинических проявлений и лабораторных методов диагностики у 69 больных с эритродермией, госпитализированных в клинику УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» за период 2015-2018 гг. Средний возраст пациентов - 39,3 года, длительность заболевания - 5,1 год.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования проводилось изучение анамнестических, клинических проявлений, оценка клинико-лабораторных показателей. Установлено, что у 60,8% пациентов диагноз эритродермии установлен на 1-м приёме у врача, в 20,3% случаев диагноз поставлен в течение месяца, у 13 пациентов (18,9%) - в течение 2 месяцев после первичного обращения к врачу. При поступлении пациентов в стационар определялась площадь поражения кожи, в соответствии с этим - объём инфузионной терапии. При тяжелых формах эритродермии пациентов госпитализировали в палату интенсивной терапии, оснащенную необходимым оборудованием с обязательной организацией индивидуального медицинского поста. Проводились консультации